

UNIVERSITÉ PAUL SABATIER TOULOUSE

U. E. R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année Universitaire : 1974

Thèse n° 235

THÈSE
pour le Doctorat d'Etat en Médecine

présentée et soutenue publiquement
le Mardi 11 Juin 1974

par

Alain VASSALLO

LE CYSTIQUE RESTANT APRÈS CHOLECYSTECTOMIE

JURY

MM. DARNAUD, Professeur	PRÉSIDENT
SARRAZIN, Professeur	} Assesseurs
COSTAGLIOLA, Professeur	
PUTOIS, Professeur	
BECUE, M. C. A.	Suppléant



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546614_0016

UNIVERSITÉ PAUL SABATIER TOULOUSE

U. E. R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année Universitaire : 1974

Thèse n° 235

THÈSE
pour le Doctorat d'Etat en Médecine

présentée et soutenue publiquement
le Mardi 11 Juin 1974

par

Alain VASSALLO

LE CYSTIQUE RESTANT APRÈS CHOLECYSTECTOMIE

JURY

MM. DARNAUD, Professeur	PRÉSIDENT
SARRAZIN, Professeur	Assesseurs
COSTAGLIOLA, Professeur	
PUTOIS, Professeur	
BECUE, M. C. A.	Suppléant

UNIVERSITY OF LEIDEN

LIBRARY

1872

1872

THE

LIBRARY

OF

LEIDEN



UNIVERSITY OF LEIDEN

LIBRARY

OF

LEIDEN

UNIVERSITY OF LEIDEN

UNIVERSITE PAUL SABATIER

Président de l'Université
1^{er} Vice-Président
2^e Vice-Président

M. LARENG
M. MATHIS
M. MARIN

TABLEAU DU PERSONNEL

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DES SCIENCES MEDICALES

Directeur de l'Unité des Sciences Médicales M. BOLLINELLI
Toulouse-Purpan
Directeur de l'Unité des Sciences Médicales M. ENJALBERT
Toulouse-Rangueil

HONORARIAT

Doyen honoraire M. CALVET
Doyen honoraire M. BRUSTIER
Doyen honoraire M. LAZORTHES

Professeur honoraire M. VALLOIS
Professeur honoraire M. TAPIE
Professeur honoraire M. DELAS
Professeur honoraire M. RISER
Professeur honoraire M. BUGNARD
Professeur honoraire M. VINCENT
Professeur honoraire M. MOREL
Professeur honoraire M. BOUISSET
Professeur honoraire M. CALMETTES
Professeur honoraire M. THOMAS
Professeur honoraire M. LAGROT
Professeur honoraire M. DESFORGES-MERIEL
Professeur honoraire M. FABRE P.
Professeur honoraire M. JAHIER
Professeur honoraire M. SENDRAIL
Professeur honoraire M. PONS
Professeur honoraire M. SOREL

PROFESSEURS

Clinique Médicale et Cardiologique	M. DARDENNE	Purpan
Clinique Médicale Sud	M. GADRAT	Purpan
Clinique Chirurgicale	M. GEDEON	Rangueil
Clinique Chirurgicale A et Gynécologie	M. POULHES	Rangueil
Clinique Chirurgicale B et du Cancer	M. GRIMOUD	Purpan
Clinique Chirurgicale Infantile	M. PASQUIE	Purpan
Clinique Chirurgicale Orthopédique et Orthopédie	M. FICAT	Rangueil
Clinique de Chirurgie Cardio-vasculaire	M. ENJALBERT	Rangueil
Cliniques des Maladies Cutanées et Syphilitiques	M. BAZEX	Purpan
Clinique des Maladies des Voies urinaires	M. LHEZ	Rangueil
Cliniques des Maladies Infectieuses	M. ARMENGAUD	Purpan
Clinique Médicale Infantile A	M. DALOUS	Purpan

Clinique Médicale Infantile B	M. REGNIER	Purpan
Clinique de Neuro-Chirurgie	M. LAZORTHES G.	Rangueil
Clinique Neurologique et Psychiatrique	M. GERAUD	Rangueil
Clinique Obstétricale	M. PONTONNIER	Rangueil
Clinique Odonto-Stomatologique	M. CADENAT	Rangueil
Clinique Ophtalmologique	M. DEODATI	Rangueil
Clinique O.R.L. et Chirurgie maxillo-faciale	M. CLAUD	Rangueil
Clinique de Pneumo-phthisiologie	M. DELAUDE	Purpan
Clinique Rhumatologique	M. RUFFIE R.	Purpan
Accouchement et Obstétricie Sociale	M. MONROZIES	Purpan
Anatomie	M. BASTIDE	Purpan
Anatomie Pathologique	M. FABRE J.	Purpan
Anatomie Appliquée	M. JUSKIEWNSKI	Rangueil
Anesthésie et Réanimation	M. LARENG L.	Purpan
Bactériologie et Virologie	Mme ENJALBERT	Rangueil
Biophysique Médicale A	M. AUVERGNAT	Purpan
Biophysique Médicale B	M. BRU	Rangueil
Cardiologie Clinique et Expérimentale	M. CALAZEL	Rangueil
Biochimie Médicale	M. VALDIGUIE P.	Purpan
Electro-Radiologie	M. ROULLEAU	Rangueil
Embryologie Générale	M. BROUSSY J.	Purpan
Hématologie	M. BIERME	Rangueil
Histologie	M. BIMES	Rangueil
Hydrologie, Thérapeutique et Climatologie	M. DENARD	Purpan
Hygiène et Médecine Sociale	M. MONNIER	Purpan
Immunologie	M. DUCOS	Purpan
Médecine Légale et Médecine du Travail	M. GREZES-RUEFF	Purpan
Pathologie Chirurgicale	M. DAMBRIN	Purpan
Pathologie Générale et Médecine Expérimentale	M. BOULARD	Purpan
Pathologie Médicale	M. RIBAUT	Purpan
Physiologie	M. BESSOU	Purpan
Physiologie Appliquée et Pharmacologie	M. BAISET	Rangueil
Sémiologie et Clinique Médicale	M. LAPORTE J.	Purpan
Thérapeutique	M. DARNAUD	Rangueil

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie Pathologique	M. BOUISO	Rangueil
Biochimie Médicale	M. DOUSTE-BLAZY	Rangueil
Dermatologie-Vénérologie	M. DUPRE	Rangueil
Histologie et Embryologie	M. GUILHEM	Rangueil
Neurologie et Neuro-Psychologie	M. PLANEL	Purpan
Physiologie et Pharmacologie	M. RASCOL	Purpan
Pneumo-Phthisiologie	M. MONTASTRUC	Purpan
Médecine Interne	M. MIGUERES	Rangueil
Psychiatrie	M. LE TALLEC	Rangueil
Ophtalmologie	M. GAYRAL	Purpan
	M. BEC	Purpan

1811

1811

1811



Médecine Générale
Neuro-Chirurgie

M. ARLET
M. ESPAGNO J.
Ranguoil
Purpan

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie Pathologique	M. FABRE Jean	Purpan
Bactériologie, Parasitologie, Virologie	Mme LARENG M.B.	Purpan
Biochimie Médicale	M. VALDIGUIE Pierre	Ranguoil
Carcinologie	M. ESTRADÉ	Purpan
Chirurgie Générale	M. SARRAZIN	Ranguoil
Chirurgie Générale	M. ESCAT J.	Ranguoil
Chirurgie Générale	M. COSTAGLIOLA	Purpan
Chirurgie Infantile	M. GAUBERT	Ranguoil
Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire	M. ESCHAPASSE	Purpan
Médecine Générale et Thérapeutique	M. BES	Ranguoil
Médecine Générale et Thérapeutique	M. BOLLINELLI	Purpan
Médecine Générale Thérapeutique	M. SUC	Ranguoil
Médecine Générale	M. RIBET	Ranguoil
Médecine Interne	M. FEDOU R.	Purpan
Neurologie	M. GUIRAUD-CHAUMEL	Purpan
Orthopédie, Traumatologie, Chirurgie plastique	M. UTHEZA	Purpan
Parasitologie	M. LARROUY	Purpan
Physiologie	M. GERAL	Ranguoil
Physiologie	M. PAGES B.	Purpan
Radiologie	M. COMBES	Purpan

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie et Organogénèse	M. BECUE	Ranguoil
Anatomie Pathologique	M. RUMEAU J.L.	Ranguoil
Anesthésiologie	M. VIRENQUE C.	Ranguoil
Bactériologie-Virologie	Mme DIDIER	Ranguoil
Biophysique	M. REGIS	Ranguoil
Biophysique	M. GUIRAUD R.	Purpan
Cancérologie	M. CARTON M.	Ranguoil
Cardiologie	M. BERNADET	Ranguoil
Cardiologie	M. BOUNHOURE	Ranguoil

Chirurgie Générale
Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
Gynécologie et Obstétrique
Hépatogastro-entérologie
Histologie, Embryologie, Cytogénétique
Immunologie, Hématologie, Maladies du
Sang

M. GOUZI
M. PUEL
M. PONTONNIER G.
M. PASCAL
M. SOLEILHAVOUP
Ranguoil
Ranguoil
Ranguoil
Purpan
Purpan

Médecine Interne
Médecine du Travail
Néphrologie
Neurochirurgie
O.R.L.

M. COLOMBIES
M. GALINIER
M. PUJOL M.
M. CONTE J.
M. LAZORTHES Y.
M. LACOMME
Purpan
Purpan
Purpan
Purpan
Ranguoil
Purpan

Orthopédie, Traumatologie, Chirurgie

Plastique et Reconstructive

Pédiatrie Génétique Médicale

Pédiatrie Génétique Médicale

Pédiatrie Génétique Médicale

Pneumo-phthisiologie

Pneumo-phthisiologie

Physiologie

Psychiatrie

Radiologie

Radiologie

Rhumatologie

Rééducation Fonctionnelle et Hydrologie

Stomatologie

Thérapeutique, Réanimation Médicale

Urologie

M. GAY
M. BARTHE Ph.
M. GHISOLFI
M. ROCHICCIOLI
M. ALBARDE J.L.
M. JOVER
M. BESOMBES
M. MORON
M. MANELFE
M. PUTOIS
M. FOURNIE A.
Purpan
Purpan
Purpan
Ranguoil
Purpan
Ranguoil
Purpan
Purpan
Purpan

M. FABIE
M. SALVADOR
M. PONTONNIER F.
Ranguoil
Purpan
Purpan

AGREGES LIBRES

Chirurgie Générale
Pathologie Expérimentale
Obstétrique

M. SOUQUET
M. GLEIZES
M. ESPAGNO G.
Purpan
Purpan
Ranguoil

ADMINISTRATION

Secrétaire Général de l'Université
M. PRINEAU

Liste arrêtée le 8 Avril 1974

A MICHELLE, MA FEMME

Elle m'a aidé dans l'élaboration de ce travail
qu'elle trouve ici le témoignage de mon amour -

A KARINE ET OLIVIER, MES ENFANTS

En espérant que cette thèse leur inspirera
l'amour de la Médecine

A MES PARENTS

En témoignage de ma profonde affection
qu'ils soient remerciés pour leurs nombreux
sacrifices

A MES BEAUX-PARENTS

En témoignage de mon affection et de ma
gratitude

A MON FRERE

A MA NIECE

A TOUTE MA FAMILLE ET BELLE-FAMILLE

A TOUS MES AMIS.

10000 9000 8000 7000 6000 5000 4000 3000 2000 1000 0

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur DARNAUD Charles

Professeur de Thérapeutique - Médecin des Hopitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Vous nous avez prodigué un remarquable enseignement

Votre gentillesse et votre compétence ont fait notre
admiration

Soyez ici très sincèrement remercié d'avoir accepté
d'être notre Président

~ ~ ~ ~ ~

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur SARRAZIN René

Professeur de Chirurgie Générale-
Chirurgien des Hopitaux

Soyez remercié pour l'enseignement de haute
qualité que vous nous avez prodigué pendant
nos années de faculté

Monsieur le Professeur COSTAGLIOLA

Maitre de Conférence Agrégé de Chirurgie Générale
Chirurgien des Hopitaux

Respectueux Hommages

Monsieur le Professeur PUTOIS J.

Maitre de Conférence Agrégé de Radiologie
Radiologiste des Hopitaux

Respectueux Hommages

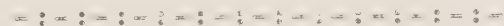
Monsieur le Professeur BECUE Jean

Maitre de Conférence Agrégé d'Anatomie
Médecin des Hopitaux

Vous avez toujours été très compréhensif
envers nous quand nous étions votre externe
Soyez en remercié

Vous nous avez fait l'honneur de siéger dans notre jury de Thèse

Soyez en très sincèrement remerciés.



A Monsieur le Docteur VOISIN

Ancien chargé de Cours à la Faculté

Membre de la Société Nationale de Gastro-
Enterologie

Vous nous avez inspiré ce travail et aidé
à le réaliser

Votre enseignement par sa clarté nous a été
d'une grande utilité

Trouvez ici l'expression de notre reconnaissance
et de notre admiration

— : : — : : — : : — : : — : : — : : — : : — : : — : : — : : —

A Messieurs les Médecins et Chirurgiens
de l'Hopital de TULLE

A Monsieur le Docteur DEPAILLAT

Il nous a fait profiter de sa haute compétence
médicale pendant les mois passés dans son service
qu'il en soit très sincèrement remercié

A Monsieur le Docteur LOMBARD

qu'il soit remercié pour sa gentillesse et pour
ce qu'il nous a appris pendant notre stage

A tous mes Camarades de 1^{er} Internat de TULLE.

LE C Y S T I Q U E R E S T A N T

APRES CHOLECYSTECTOMIE



P L A N

INTRODUCTION - DEFINITION
HISTORIQUE
FREQUENCE - STATISTIQUE
OBSERVATIONS PERSONNELLES
ETIOLOGIE
ANATOMIE PATHOLOGIQUE
CLINIQUE
EVOLUTION - COMPLICATIONS
DIAGNOSTIC POSITIF
DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL
INDICATIONS OPERATOIRES
TRAITEMENT CHIRURGICAL
CONCLUSION

La pathologie du moignon cystique restant après cholecystectomie, objet de ce travail, a soulevé depuis longtemps déjà, et soulève encore actuellement plusieurs séries de problèmes :

Cette pathologie existe-t-elle ? Certains auteurs l'affirment, d'autres le nient !

Si elle existe, qu'elle en est son étiologie ? Vient-elle de l'existence de difficultés opératoires ou bien d'autres raisons en sont-elles à l'origine ?

et enfin, si l'on considère qu'elle existe, quels en sont le traitement et les résultats de celui-ci ?

Nous essaierons, au cours de cette étude, de répondre à ces questions sans prétendre toutefois être exhaustif ni apporter des révélations bien nouvelles.

Voyons d'abord ce que l'on entend par "Moignon Cystique Restant"

Sous le terme de "Remnant cystic duct" les Américains groupent des faits différents pouvant être en fait réduits à trois séries :

- 1 - Moignon cystique long mais sain et perméable
- 2 - Moignon cystique enflammé ou lithiasique
- 3 - Moignon cysticopyélique, c'est à dire constitué par la totalité du cystique et une partie plus ou moins étendue du bassinnet de la vésicule biliaire.

- : - : - : - : - : - : - : - : - : - : - : - : -

Yvonne Malterre Mege d'ailleurs dans une thèse (1962) donne comme définition du moignon cystique : "faible portion de voie biliaire accessoire situé en aval de la ligature du canal cystique, après cholecystectomie" et elle ajoute que le plus souvent et plus exactement il s'agit de moignon pyelocystique -

Pour CHAMPEAU M. - ARSAC M. et ALVAREZ R. (1968) la persistance de douleurs de caractères biliaires après cholecystectomie est bien plus rare qu'autrefois car on ajoute à la cholecystectomie une étude radio manométrique peropératoire, et si nécessaire un traitement des troubles associés et un traitement médical post opératoire basés sur les données physiopathologiques objectives -

Des troubles douloureux amènent parfois à réintervenir et en l'absence de lithiase résiduelle, les chirurgiens ont rendu responsables de ces troubles un moignon cystique trop long -

On doit entendre par moignon cystique long, un segment de canal laissé en place sans partie attenante de l'infundibulum -

Ceci amène un problème double :

La technique consistant à laisser un moignon cystique est elle nuisible ?

- ou bien ce moignon est il sans inconvénient et mérite-t-il de prendre le risque de blesser la voie biliaire principale quand les conditions anatomiques d'une résection complète se présentent mal ?

Pour MILLBOURN d'après LONGO O. (1967) on exagère lorsqu'on attribue au moignon cystique restant toute la responsabilité du syndrome douloureux, mais la présence de calculs, de névrome, de granulomes sont des facteurs suffisants pour provoquer les crises douloureuses rapportées par les malades -

Pour FIELDER H.H. (1971) une partie considérable des phénomènes pathologiques post cholecystectomie n'est pas imputable à l'intervention. Au contraire, les causes de plusieurs maladies secondaires et surtout les atteintes par calculs biliaires sont à rechercher dans des altérations manifestes des organes voisins (foie et pancréas) -

Seul le traitement opératoire précoce de la maladie lithiasique biliaire (qui est toujours préconisée) est en mesure d'éviter de telles séquelles ou les troubles post opératoires qui s'ensuivent -

D'autre part, il n'est pas possible de nier qu'un certain nombre des troubles, des rechutes, nécessitant une opération, répétée une ou plusieurs fois est à imputer à la première intervention -

LARMI T.K.I et FOCK G. (1958) rapportent que GLENN et JOHNSON (1955) classent en 3 groupes la symptomatologie persistant ou réapparaissant après intervention =

* Symptomatologies dues à d'autres causes que la cholélithiase mais qui n'ont pas été diagnostiquées ou traitées avec la cholecystectomie

* Symptomatologies dues à une cholecystectomie incomplète

* Symptomatologies dues à une lésion du cholédoque

La symptomatologie du canal cystique restant fait partie du 2^o groupe. Dans 241 cas cités dans la littérature les troubles post cholecystectomie peuvent être attribués au cystique restant. (Cf Tableau I)

D'autre part on s'est demandé si le cystique restant peut être considéré comme responsable de tels troubles (SPECHT 1921 - MILLBOURN 1951)

En Scandinavie cette question a été discutée à une réunion de la Société Norvégienne de chirurgie en 1955 où FRETHEIM pensait qu'un cystique restant pouvait donner des troubles et ou LJUNGGREN avait émis l'opinion inverse.

Les opinions des auteurs varient d'ailleurs beaucoup en fonction de la longueur du Cystique restant

JUDD (1947) recommande une ligature à 2 cm des voies biliaires principales

SAEGESSER (1949) dit : "pas trop près du cholédoque".

MAINGOT (1955) à 1/8 de pouce

WALTERS et COLL (1955) à 0,2 cm

AUTEURS		N° de cas	Hommes	classe d'âge (Années)	Moyenne d'âge (Années)	Intervalle moyen entre les opérations (Années)	Intervalle moyen entre cholecystectomie et retour des symptômes (Années)	Jaunisse	cholécolithiase	cholécotomie	calculs du cystique restant
FLORCKEN	(1912)	1			38	2,9	2,8		0	1	1
WALZEL	(1930)			33-58	49	6,8	6,4	0	0	3	0
WALZEL	(1930)	8									3
BEYE	(1936)	14				0,5	0,5	9	4	4	4
BERNHARD	(1943)	14		21-67	39	5,3	1,6	3	3	10	2
GRAY & SHARP	(1944)	41						5	11		7
PETERSON	(1946)	42	6	25-74	48	8	3,3	20			23
ADAMS & STRANAHAN	(1947)	12							4		8
HICKEN WHITE & COREY	(1947)	(27)	(3)	(43-66)	(56)	(4,8)	(1,8)	(5)	(4)	(5)	(4)
GARLOCK &	(1951)	30	6	26-71	54			22			
HURWITT	(1954)	20	4	24-75	49	7,4	5,5	11	0	19	2
MORION											
GLENN & JOHNSON	(1955)	35	8	24-78	52	9	3,8	19	14	26	10
THOMSON	(1956)	5									4
Series présentée-		13	6	19-63	46	7,1	2,7	6	6	10	2

H I S T O R I Q U E

Carl LANGENBUCH en 1882 procède à la première cholecystectomie. Le moignon cystique était alors considéré comme une dilatation de la voie biliaire principale et du cystique restant destiné à compenser la perte du réservoir vésiculaire.

CAMPAIGNAC en 1929 trouve qu'après cholecystectomie, l'hépatocolédoque est un peu dilaté.

De 1922 à 1942 certains pensent que le moignon cystique est pathologique, d'autres estiment qu'il s'agit d'une formation contingente sans intérêt physiopathologique.-

En 1947 WOMACK et CRIDER pensent que la dilatation du moignon cystique peut provoquer les mêmes troubles qu'une vésicule malade et plus en raison de l'existence d'un névrome que par la seule présence du moignon cystique. (dystonie sphinctérienne post cholecystectomie par névrome d'amputation ou par inclusion simple de filets nerveux dans la cicatrice)

En 1949 MALLET-GUY et COLL. disent que la régénération de la vésicule biliaire après cholecystectomie même incomplète est impossible.

En 1955 GLENN et JOHNSON analysent 35 cas personnels de moignon cystique qui souvent provoque des troubles après cholecystectomie.

En 1959 MALLET-GUY dans la thèse de METAIS, après examen anatomo-pathologique de 68 moignons cystiques, réfute la responsabilité du névrome d'amputation dans le syndrome post-cholecystectomie.

Le même auteur en 1966 cite 408 réinterventions sur 6000 cas - Sur ces 408 réinterventions, dans seulement 9 cas le syndrome postcholecystectomie n'a pas trouvé sa raison. Sur ces 9 cas, l'histologie montre deux fois une image de névrome d'amputation. Sa résection n'a pas entraîné d'amélioration durable dans aucun des 2 cas.

• • • • •

F R E Q U E N C Y

S I A T I S T I C S Q U E

— — — — —

Nous donnerons une statistique personnelle portant sur 114 Biligraphies intraveineuses qui fait apparaître les résultats suivants = le cystique restant est retrouvé dans 13 cas (12 femmes - 1 homme) soit 11,4%

Il s'agit d'un pourcentage vraisemblablement supérieur à la normale car c'est une statistique de gastrocentérologue qui représente donc un recrutement particulier portant sur des malades ayant des manifestations après cholecystectomie. Il est certain qu'une statistique portant sur des biligraphies systématiques de malades n'ayant pas de signes post-opératoires donnerait un pourcentage inférieur. Toutefois nous n'avons pas trouvé de données assez précises dans la littérature nous permettant une comparaison

Notre statistique porte donc sur 114 cas de biligraphies effectuées chez des sujets ayant subi une cholecystectomie pour lithiase biliaire.

S E X E :

Ces 114 cas représentés par 80 femmes et par 34 hommes

9. Tableau II

TABLEAU II

DIAGNOSTIC	nombre de cas	FEMMES	HOMMES
Voie biliaire principale normale	68	48	20
Oddite isolée	20	14	6
Récidive calculieuse	7	4	3
Pancréatite chronique diffusé	4	1	1
Sténose post opératoire du cholédoque	2	1	1
Cystique restant	13	12	1
T O T A L	114	80	34

O B S E R V A T I O N S

1881-1882-1883-1884-1885

Cas N° 1- Mr Roger L... 70 ans

Début il y a 10 ans (1960) : douleurs de l'hypocondre droit, espacées et modérées.

En 1968 les phénomènes douloureux se sont intensifiés (coliques hépatiques) et rapprochés au cours de la dernière année - Le malade consulte pour cette raison.

L'examen clinique met en évidence un signe de MURPHY. L'état général est satisfaisant.

Une cholecystographie orale met en évidence une vésicule augmentée de volume et hypertonique contenant un petit calcul.

La biligraphie veineuse montre un cholédoque dilaté avec aspect d'oddite.

Le malade est opéré - Le chirurgien effectue une cholecystectomie mais estime que l'état du cholédoque ne justifie pas d'acte complémentaire.

Les suites opératoires sont satisfaisantes. L'état de santé est bon pendant 6 mois au terme desquels réapparaissent des douleurs de l'hypocondre droit.

Une réintervention est proposée au malade qui d'abord la refuse puis finira par l'accepter 1 an après devant la survenue de coliques hépatiques avec fièvre et subictère.

Une biligraphie avec tomographie avant l'intervention (Janvier 1970) fait apparaître le canal cystique restant, un choledoque nettement dilaté avec oddite contenant une image claire vraisemblablement calculuse.

Réintervention : dissection et exérèse du moignon cystique, extraction du calcul choledocien, anastomose choledocojéjunale sur anse en Y pour oddite scléreuse.

suites opératoires favorables se maintenant avec un recul de 3 ans.

Conclusion = canal cystique restant chez un malade présentant en outre une oddite scléreuse et une récidive calculuse du cholédoque

Guérison après réintervention.

Cas N° 2 - Mme Rose Marie M.... 35 ans

Première crise de colique hépatique au lendemain du second accouchement (juin 1970)

L'examen radiologique met en évidence une lithiase vésiculaire.

Les crises se répétant la malade est opérée (février 1972): cholecystectomie simple.

Les suites opératoires restent favorables pendant 6 mois. Réapparaissent alors des crises identiques à celles qui ont précédé l'opération en ce qui concerne l'intensité; toutefois, quelques unes parmi les plus récentes s'accompagnent de fièvre et de sudoré passagers.

La malade consulte à cette occasion. Il existe un signe de MURPHY. L'examen général est par ailleurs satisfaisant.

La biligraphie veineuse avec tomographies met en évidence un moignon cystique restant, un cholédoque dilaté contenant un calcul et un aspect d'oddite.

La réintervention est fermement conseillée

Conclusion = cystique restant, oddite et calcul résiduel du cholédoque, ces deux dernières notions étant la raison principale de la réintervention.

Cas N° 3 - Mme Marie Laure M.... 41 ans

Consulte en septembre 1970. Elle a subi 3 ans auparavant une cholecystectomie pour lithiase diagnostiquée à l'occasion de coliques hépatiques typiques, les premières remontant à 5 ans avant l'intervention.

Depuis la cholecystectomie, cette malade présente par intermittence des "crises de foie".

L'interrogatoire montre en réalité qu'il s'agit de migraines qui existaient déjà avant l'opération qui sont souvent contemporaines des règles et qui s'accompagnent parfois de vomissements bilieux. Aucune douleur biliaire véritable n'est à noter.

L'examen clinique est normal. La biligraphie veineuse montre un moignon montre un moignon cystique, une voie biliaire principale normale avec passages duodénaux satisfaisants.

Un traitement médical est prescrit.

Conclusion = cystique restant - Aucune anomalie de la voie biliaire principale - phénomènes migraineux ne nous paraissant pas justifier une réintervention

Cas N° 4 - Mme Marie C... 65 ans (1966)

Opérée à l'âge de 55 ans : cholecystectomie pour lithiase découverte à l'occasion de coliques hépatiques typiques (évoluant depuis 3 ans)

Après un intervalle libre de 6 ans, récurrence de douleurs sous costales droites, d'abord peu intenses et espacées. Progressivement augmentation des crises qui deviennent plus fréquentes et amènent la malade à consulter.

A l'examen clinique : douleur à la pression sous costale. Examen général satisfaisant. Biligraphie veineuse : moignon cystique dilaté. Dilatation cholédocienne modérée, aspect d'oddite.

Reintervention = libération et excision du moignon
cystique = Sphinctérotomie

Suites opératoires favorables se maintenant dans les
trois ans qui suivent - Malade ensuite perdue de vue.

Conclusion = Canal cystique restant associé à une
oddite - guérison par réintervention portant à la
fois sur l'oddite et le cystique restant

Cas N° 5 - Mme Joséphine G.... 57 ans (1969)

3 ans auparavant apparition de douleurs vésiculaires
qui font découvrir une lithiase. Une cholecystectomie
est effectuée.

Depuis, 2 ans (1 an après l'opération) douleurs épi-
gastriques à type de ballonnement, tiraillements
sans horaires précis et à l'occasion desquelles la ma-
lade nous consulte.

L'état général est bon, l'examen clinique montre une
éventration de 3 travers de doigt de la cicatrice de
la paratomie. Il existe un contexte névropathique qui
paraît certain.

La biligraphie veineuse met en évidence une voie biliaire
principale de calibre normal avec bons passages duodénaux
et un moignon cystique.

L'intervention chirurgicale est proposée autant dans le
but de réaliser une cure de l'éventration que de suppri-
mer le canal cystique.

A l'intervention nombreuses adhérences post opératoires
rendant d'abord du pédicule hépatique difficile. Dissec-
tion et exérèse du canal cystique qui à l'examen anato-
mo pathologique se montrera le siège d'une fibrose sans
autre anomalie.

Cure de l'éventration.

Suites opératoires favorables. Réapparition progressive
des phénomènes antérieurs sans récurrence de l'éventration.

Conclusion = Canal cystique restant = éventration post-opératoire qui a été le motif principal de la réintervention = terrain névropathique = la suppression du canal cystique restant ne change rien de la symptomatologie de la malade.

Cas N° 6 - Mme MARIE B.... 56 ans (1963)

Cette malade nous consulte pour la 1ère fois en Mai 1963 en raison de crises de coliques hépatiques qui se répètent depuis 5 ans. Elle a subi une cholecystographie orale qui a montré une vésicule hypertonique contenant un calcul de moyen volume; le cholédoque est radio visible : il est dilaté et l'aspect de sa terminaison évoque une oddite.

A l'examen clinique on note une sensibilité vésiculaire. L'examen général est par ailleurs satisfaisant. L'intervention est conseillée.

Le chirurgien effectue une cholécystectomie mais estime qu'aucun acte complémentaire concernant le cholédoque n'est nécessaire. Dans les 6 mois qui suivent l'intervention la malade note réapparition de douleurs de l'hypochondre droit espacées et n'ayant pas l'intensité des crises qui ont motivé la cholecystectomie; elles s'accompagnent de constipation et de troubles dyspeptiques. La biligraphie de contrôle montre un moignon cystique d'une part, et d'autre part la persistance des images d'oddite et de dilation cholédocienne.

Nous l'avons suivie pendant 3 ans, la traitant médicalement car elle avait refusé la réintervention proposée. Elle devait décéder par la suite d'une affection sans rapport avec la maladie précédente (hémorragie cérébrale).

Conclusion = cystique restant et oddite associée l'indication chirurgicale ayant été proposée du fait essentiellement de l'oddite.

Passé pathologique notable :

Appendicéctomie à l'âge de 15 ans. La même année
Mal de POTT avec abcès froids - greffe vertébrale.

A l'âge de 25 ans, péritonite tuberculeuse.

A l'âge de 30 ans, cholecystectomie pour lithiase; cette lithiase étant caractérisée par l'existence de deux petits calculs dans la vésicule biliaire. Avant l'intervention la malade présentait déjà des migraines, du météorisme abdominal, des alternances de diarrhée et constipation. Ces manifestations persistent depuis la cholecystectomie. Il existe en outre par intermittence des douleurs vives de l'hypochondre droit qui durent 3 à 5 jours, sans fièvre mais avec tachycardie.

L'examen de l'abdomen montre une hypersonorité de l'hypochondre gauche et des cicatrices opératoires multiples. L'état général est relativement conservé. Le dosage de l'amylasémie au cours des crises s'est montré normal.

Une biligraphie veineuse met en évidence un long moignon cystique, la voie biliaire principale étant de calibre normal, les images de duodénographie tout à fait satisfaisantes.

Nous hésitons avant de décider une réintervention chirurgicale car l'une des crises à laquelle nous avons assisté au cours de l'hospitalisation (Mai 1966) nous a frappé par la richesse des symptômes associés (pleurs - tachycardie importante)

Il existe un terrain névropathique entretenu par les ennuis de santé remontant à l'adolescence et à l'absence de situation stable.

La malade toutefois désire cette réintervention. Celle-ci, après libération d'adhérences opératoires assez importantes, permet l'exérèse d'un moignon cystique; à l'examen anatomo pathologique celui-ci

est le siège d'un névrome.

Nous avons revu cette malade depuis, soit avec un recul de 7 ans. Elle a eu de façon espacée quelques crises identiques à celles qui ont précédé la réintervention, crises généralement en rapport avec des contrariétés ou des problèmes financiers.

Conclusion = cystique restant comportant un névrome dont le rôle pathologique demeure cependant douteux.

Cas N° 8 - Melle Jacqueline A.... 45 ans

A subi 4 ans auparavant une cholecystectomie pour lithiase.

1 an après l'intervention récidive de coliques hépatiques. Le diagnostic de pancréatite est évoqué mais l'amylasémie en crise est normale. Les phénomènes douloureux, d'abord espacés, vont se rapprocher.

Lorsque nous sommes amenés à examiner cette patiente nous constatons à l'examen une douleur sous hépatique. L'état général est par ailleurs excellent.

La biligraphie veineuse nous montre une voie biliaire principale normale et un long canal cystique débouchant dans un cul de sac élargi qui nous paraît correspondre à l'infundibulum vésiculaire et qui présente 2 images claires évocatrices de lithiase.

Nous effectuons quelques jours plus tard une cholecystographie orale et nous obtenons une image de l'infundibulum avec 2 calculs.

A la réintervention, la résection du moignon cystique est relativement aisée. Le contrôle radiologique ~~per~~opératoire de la voie biliaire principale est tout à fait satisfaisant.

Le compte rendu anatomo pathologique est le suivant :

... / ...

1) Cystique restant étroit à parois fibreuses au niveau duquel quelques culs de sacs glandulaires contiennent des calculins.

2) Segment cervico vésiculaire dilaté contenant 2 calculs, dont la muqueuse est escharrifiée, la musculuse fibrosée, la couche celluleuse adventicielle contenant des nerfs hyperplasiés. Une réaction macrophagique aseptique s'est développée autour du matériel de suture de l'intervention antérieure.

Les suites sont favorables, guérison qui se maintient avec 18 mois de recul.

Conclusion = cystique restant avec infundibulum vésiculaire - calculs laissés en place ou néoformés depuis la 1^o intervention - indication à la réintervention portée sans hésitation - guérison actuelle

Cas N° 9 - Mme Marie Louise B... 50 ans (1970)

Opérée 2 ans auparavant de cholécystectomie pour lithiase dont elle souffrait depuis 3 ans.

Après sédation de 1 an, réapparition de douleurs de l'hypochondre droit avec vomissement biliaires.

A l'examen : état général satisfaisant - douleurs à la pression sous hépatique

Biligraphie veineuse : cholédoque dilaté de tonalité non homogène - cystique restant

Réintervention : dissection et exérèse du cystique sans difficultés majeures.

Contrôle radiologique satisfaisant de la voie biliaire principale.

L'examen histologique montre que le cystique est le siège d'une fibrose englobant de nombreux filets nerveux.

Suites opératoire favorables - guérison avec 18 mois de recul.

.../...

Conclusion = Cystique restant sans autre anomalie associée - Réintervention indiquée sur le récurrence des phénomènes douloureux.

Cas N° 10 - Mme Simone P.... 43 ans (1971)

Cholecystectomie pour lithiase en 1968; les 1^{re} crises de coliques hépatiques avaient fait leur apparition 3 ans auparavant.

Depuis la cholecystectomie, elle présente des douleurs épigastriques intermittentes, météorisme abdominal. L'examen clinique est normal; terrain dystonique; le transit gastro-duodénal est normal; la biligraphie veineuse montre un canal cystique restant et une voie biliaire principale normale.

La réintervention n'a pas été pour le moment proposée

Conclusion = cystique restant sans autre lésion associée apparente - absence de signe biliaire convaincant terrain nerveux.

Indication : à la réintervention non certaine pour le moment.

Cas N° 11 - Mme Lydie S.... 40 ans (1970)

Cholecystectomie 9 ans auparavant pour lithiase vésiculaire caractérisée par des crises de coliques hépatiques typiques.

2 ans après l'intervention, récurrences de douleurs biliaires, une crise récente s'est accompagnée de subictère.

Etat général conservé; douleur à la pression sous hépatique.

Biligraphie veineuse : cholédoque légèrement dilaté et de tonalité inférieure à celle des voies biliaires intrahépatiques (compression possible); cystique restant.

Réintervention : adhérences sous hépatiques qui rendent délicate la dissection et la reconnaissance des éléments du pédicule - long cystique restant dont l'extrémité est fixée au niveau du h.12 du foie - noyau de pancréatite chronique.

A la biligraphie peropératoire la voie biliaire principale est un peu dilatée dans sa portion sus pancréatique, rigide, refoulée en dedans, dans sa portion intra-pancréatique.

Resection du cystique restant. Anastomose choledocojunale.

Suites favorables, guérison : 18 mois

Conclusion = Cystique restant associé à une pancréatite chronique - intervention indiquée surtout d'après les anomalies radiologiques du cholédoque.

La responsabilité dans le syndrome résiduel paraît partagée entre le moignon cystique et la pancréatite.

Cas N° 12 - Soeur M...B... 40 ans (1970)

Opérée 2 ans avant de l'annexé vésiculaire (crises douloureuses typiques évoluant depuis 5 ans avant l'intervention)

Récidive 1 an après des phénomènes douloureux

Bon état général - Signe de MURPHY

Biligraphie veineuse : cystique restant - voie biliaire principale normale.

Indications portées sur le récidive des douleurs biliaires.

A l'intervention résection d'un moignon cystique de 2 cm - Aucune autre lésion associée.

Suites favorables - guérison : 2 ans

Conclusion = Cystique restant isolé - Indications opératoires portées sur les récidives de douleurs biliaires typiques.

Cas N° 13 - Mme Noelle L.... 50 ans (1969)

Opérée 5 ans avant de lithiase vésiculaire (coliques hépatiques typiques)

2 ans après l'intervention, récurrence de crises douloureuses qui vont se rapprochant.

Examen clinique normal mis à part une sensibilité sous hépatique à la pression.

Biligraphie veineuse = voie biliaire principale normale
cystique restant long et dilaté

Indications opératoires portées sur la récurrence des douleurs et l'aspect dilaté du cystique à l'examen radiologique

Réintervention : très volumineux moignon cystique contenant plusieurs petits calculs.

Guérison après opération - recul 4 ans

Conclusion = cystique restant avec lithiase résiduelle ou néoformée.

- : - : - : - : - : - : - : -

E T I O L O G I E

— • — • — • — • — • — • — • — • —

Les causes originelles de la pathologie du moignon cystique sont multiples.

Nous en distinguerons essentiellement trois :

- Les circonstances opératoires : cas des malades opérés en mauvais état.
- Une négligence opératoire.
- Une anomalie congénitale.

La première étiologie relève des circonstances opératoires.

Il n'est pas nier que les malades présentant soit une cholecystite aigue grave soit une vésicule scléreuse, soit un empyème avec calcul soit une fistule biliodigestive ne seront pas pour le chirurgien un cas opératoire facile et ne lui laisseront pas une liberté d'action favorable à une dissection fine du cystique.

Il en est de même pour les sujets âgés, en mauvais état général, représentant pour le chirurgien une cholecystectomie difficile. Celui-ci sera alors tenté d'aller vite pour réduire le temps d'anesthésie, le choc opératoire et c'est ainsi qu'un protocole opératoire parfait pourra ne pas être réalisé.

La deuxième étiologie est représentée par la négligence opératoire.

C'est en particulier la réalisation d'une cholecystectomie partielle, pour quelque raison que ce soit, qui aura pour conséquence de laisser en place non seulement le canal cystique mais encore

.../...

l'infundibulum ou tout au moins une partie de la voie biliaire accessoire infundibulo-cystique

Il ne s'agit plus alors seulement d'un moignon cystique long mais d'une véritable cavité résiduelle qui favorisera le renouvellement de calculs en particulier.

Il faut donc toujours observer les deux principes suivants :

- intervenir avec l'aide de la radiomanométrie per-opératoire.

- faire une cholecystectomie totale en liant le cystique le plus près possible du cholédoque sans toutefois blesser ou pincer latéralement celui-ci

Mais en dehors de la 1^o étiologie il peut exister des circonstances atténuantes à la carence opératoire, tenant à des anomalies congénitales. C'est la 3^o cause.

Les anomalies congénitales sont fréquentes, nombreuses, au niveau de la voie biliaire et de ce fait compliquent la tâche de l'opérateur.

CHAMPEAU - ARSAC - et ALVAREZ citent diverses variations anatomiques de la voie biliaire accessoire.

Dans certains cas non exceptionnels, le cystique peut manquer et la vésicule biliaire s'abouche directement dans le canal hépatique (a)

Le cystique peut déboucher sur le bord gauche de la voie biliaire après avoir croisé sa face antérieure ou sa face postérieure; ceci est fréquent (B et c)

Parfois il s'abouche directement sur la face postérieure du cholédoque (d)

Plus rarement le cystique s'abouche au niveau du cholédoque retropancréatique (e)

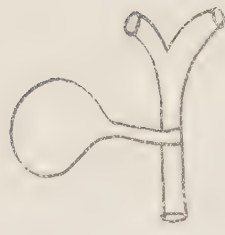
Enfin le cystique peut s'aboucher au canal hépatique (f)

Toutes ces anomalies anatomiques ont été étudiées par ORLANDO LONGO, MIRIZZI, KOURIAS, RABINOVICH, KOHLER et HESS

— — — — —



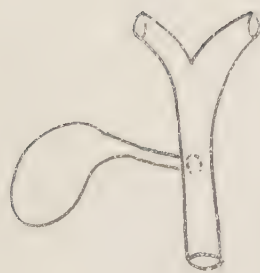
(a)



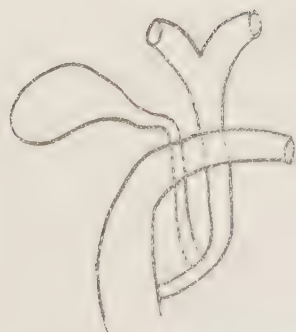
(b)



(c)



(d)



(e)



(f)

A N A T O M I E P A T H O L O G I Q U E

— • — • — • — • — • — • — • — • — • —

Nous envisageons dans ce chapitre divers faits = altérations inflammatoires de la paroi du moignon, dilatation de ce dernier, lithiase intracystique, névrome d'amputation, Cancérisation.

I) Les Altérations Inflammatoires

Si le moignon restant peut avoir une structure sensiblement normale, il peut par contre présenter de nettes modifications de sa paroi - Tel est le cas de notre observation N° 8. Il est impossible de dire si de telles altérations se sont produites secondairement à la cholecystectomie, ou si elles préexistaient. L'existence des cysticites au cours de la lithiase et des siphopathies plaide en faveur de la seconde hypothèse.

2) La Dilatation du Moignon

Les protocoles opératoires montrent des moignons courts ou longs, de calibre sensiblement normal ou au contraire dilaté. L'origine de cette dilatation est d'ailleurs très discutée. HICKEN, de même que WALZEL supposent que cette dilatation est la conséquence mécanique d'une hypertonie intéressant le sphincter d'Oddi. CAROLLI et MERCADIER pensent au contraire que l'hypertonie oddienne est réactionnelle à la dilatation du cystique. MIRIZZI a une position équilibrée que, estimant que dans certains cas la présence du moignon constitue une épine irritative pour le sphincter oddien et que dans d'autres l'hyperpression siégeant au niveau de ce sphincter engendre la dilatation

cystique.

Pour BROWN cette dilatation serait consécutive à la contractilité du canal et au jeu de valvules de HESTER.

3) La Régénération partielle de la vésicule

Certains compte-rendus anatomo-pathologiques relatent l'existence non seulement d'un canal cystique restant mais encore d'un moignon vésiculaire.

L'existence de ce moignon vésiculaire a fait soulever le problème de la régénération partielle de la vésicule. DEBRAY - ROUX et PAOLAGGI déclarent qu'on ne voit jamais une néovésicule après une cholecystectomie totale. Nous partageons cette opinion; dans notre observation N° 8 nous avons en effet comme d'autres auteurs constaté la persistance d'une partie de l'infundibulum vésiculaire, mais nous pensons que ce phénomène provient simplement d'une négligence opératoire.

4) La Récidive calculieuse

Le moignon cystique peut contenir des calculs (cas N° 8). Ici encore repose la question de savoir s'il s'agit de calculs néoformés après la cholecystectomie ou d'une lithiase résiduelle. Le même problème existe dans les cas de la lithiase de la voie biliaire principale secondaire à la cholécystectomie. GARLOCK admet la néoformation de calculs consécutive-ment aux modifications inflammatoires de la paroi et aux troubles de métabolisme du cholestérol.

.../...

DEBRAY, ROUX et PAOLAGGI par contre, n'admettent pas la véritable récurrence calculeuse à l'intérieur du moignon même lorsque celui ci est dilaté.

5) Le Névrome d'amputation

L'examen histologique de certains moignons cystiques montre parfois une prolifération des fibres nerveuses autonomes susceptibles de s'organiser en véritable névrome d'amputation. BODVALL et OVERGAARD ont fait de telles constatations : sur 93 moignons cystiques soumis à l'examen histologique, ils ont noté cette prolifération et dans un cas, un véritable névrome de la taille d'un pois. LARMI et FOCK signalent que sur 13 moignons cystiques retrouvés dans une série de 1032 opérés de la vésicule biliaire, l'examen histologique montre dans 7 cas une prolifération des filets nerveux sans que l'on puisse parler de névrome.

Ces observations anatomo-pathologiques n'ont pas un caractère exceptionnel. DEBRAY - ROUX et PAOLAGGI font remarquer que toute section de filets nerveux peut aboutir à la constitution d'un névrome. Ces auteurs cependant pensent que ces névromes n'entrent que très rarement en ligne de compte dans la genèse des troubles post-cholecystectomie et que l'on ne peut relever leur imputabilité qu'après avoir éliminé toute autre cause. BODVALL et OVERGAARD, ci-dessus cités, constatent qu'aucun de leurs malades n'a été amélioré par la résection du cystique restant.

WOMACK par contre pense que les altérations des fibres nerveuses sympathiques et la fibrose entretiennent les manifestations douloureuses.

Pour LONGO le névrome constitue une cause de syndrome douloureux après cholecystectomie. Il en donne un exemple : une malade de 63 ans opérée pour cholecystite lithiasique et appendicite 1 an auparavant. le 24 X 63 elle signale l'apparition depuis 10 jours d'un ictère généralisé des ~~téguments~~ ^{téguments} et des conjonctives qui s'accroît lentement et progressivement avec cholémie intense et acholie.

Cliniquement le foie est hypertrophié et sensible; la rate n'est pas palpable. Les analyses de routine et l'hépatogramme étaient normaux, la bilirubine a atteint 150 mg/ml. L'étude gastro duodénale a montré un prolapsus de la muqueuse gastrique. La ponction biopsie hépatique objective un phénomène de dégénérescence trouble.

Elle est opérée selon le diagnostic supposé d'obstruction biliaire d'origine pancréatique et on trouve, après avoir libéré les adhérences, un cholédoque à parois fines, et l'on palpe un ganglion dur de la taille d'un haricot qui correspond topographiquement au moignon cystique.

On résecte le ganglion; l'évolution est normale, l'histopathologie conclut à un canal cystique ayant à son extrémité distale un névrome.

De même CHATELIN rapporte lui aussi une observation de névrome.

"Mme D.... 62 ans, a subi de nombreuses interventions et en particulier en 1953, une cholécystectomie pour lithiase vésiculaire non compliquée

Les suites opératoires sont normales jusqu'en 1962, lorsqu'en Septembre 1962, elle présente une première crise douloureuse épigastrique vers 1 ou 2 h du matin.

Dans les jours suivants, les crises douloureuses se répètent la nuit entre 1 et 3 h ou dans la journée une heure après les repas, crises douloureuses assez intenses, épigastriques et de l'hypochondre droit, irradiant

peu, s'accompagnant de nausées ou de vomissements.

Le traitement médical symptomatique calme assez bien ces crises jusqu'en MAI 1963 où elles se renouvellent plus souvent, avec une douleur plus importante.

Des radiographies de l'estomac sont alors demandées par le médecin traitant; elles permettent d'éliminer une affection gastro-duodénale ulcéreuse.

Malgré les traitements divers institués, les crises persistent et s'aggravent de plus en plus en intensité et en durée, provoquées par l'alimentation ou la fatigue, ou survenant sans raisons apparentes. Devant l'intensité paroxystique de ces crises qui ne durent que deux ou trois heures s'accompagnant d'un état de collapsus modéré, la malade nous consulte en Septembre 1963, un an après le début des troubles.

L'intensité des crises, leur siège de l'hypochondre droit, l'état de collapsus important observé au cours d'une crise, une fièvre de 38° 5, nous font penser, étant donné les antécédents, à une complication tardive de la cholécystectomie : calcul restant, oddite sténosante, d'autant que sur les radiographies gastro-duodénales de Juin 1963 on voit une tache calcifiée (n'ayant pas cependant l'aspect habituel de calculs) dans l'aire de projection des voies biliaires.

Une cholangiographie intraveineuse est alors demandée. La tache calcifiée apparaît immédiatement au contact de la voie biliaire principale qui a un aspect normal.

Le diagnostic est alors posé de calcification d'un moignon restant de vésicule avec probablement névrome du moignon cystique du fait de l'intensité paroxystique des crises douloureuses.

Mme D....est opérée le 15 Octobre 1963, et, après une découverte difficile du pédicule hépatique, on pratique dès la découverte de la voie biliaire principale et

avant de rechercher le moignon vésiculaire, une^{re} radiomanométrie biliaire trans-choledocienne. Celle-ci montre une voie biliaire principale normale et l'image calcifiée au contact de la voie biliaire.

On entreprend alors de rechercher le moignon vésiculaire, mais dans la région où l'on s'attend à le retrouver et il faut une dissection longue et patiente pour trouver dans le hile du foie, derrière les voies biliaires, un nodule calcifié auquel fait suite un cystique qui passe derrière la voie biliaire principale pour se jeter bas, à la face gauche du cholédoque.

L'exérèse est menée à bien et le cystique sectionné au ras du cholédoque. La dissection ayant été difficile une radiométrie biliaire est faite par cet orifice pour vérifier l'intégrité des voies biliaires.

Suites opératoires simples et, depuis son intervention Mme D...n'a plus souffert

L'examen de la pièce opératoire montre une incrustation calcaire de ce qui représente le reste du bassin^{et} de la vésicule et une hypertrophie de la paroi cystique. L'examen histologique devait confirmer l'existence d'un névrome du moignon cystique "caractérisé par une très grande richesse en éléments nerveux tourbillonnants hyperplasiques".

C'est sur le caractère hyperalgique paroxystique des crises que cliniquement, nous avons soupçonné le névrome du moignon cystique.

6) L'Epithélioma du Moignon Cystique

FRAILONG - BARBIER- PAYARD - BREUIL et LORBLANCHES ont publié une observation d'épithélioma du moignon

.../...

cystique survenu 5 ans après une cholecystectomie pour lithiase vésiculaire. Cette tumeur comprimant le I^o duodénum et provoquant un tableau de sténose duodénale sus vatricienne qui fut transitoirement améliorée par gastro entérostomie. Il s'agit là de faits tout à fait exceptionnels mais qui entrent dans le cadre des cancers des voies biliaires extra-hépatiques.

- : - : - : - : - : - : - : -

Au chapitre de la clinique du moignon cystique restant il convient de signaler dès le début que très souvent la symptomatologie post opératoire se résume à très peu de signes, voire même à aucune manifestation quelconque.

C'est pour ce fait que nous envisagerons deux paragraphes :

- les formes muettes
- les formes symptomatiques

I) LES FORMES MUETTES

Ce sont des formes découvertes par une biliographie de contrôle faite de façon systématique et demandée par le chirurgien dans les mois qui suivent l'intervention.

Le plus souvent la demande de contrôle radiologique est motivée par le fait qu'il existait une choledocite ou encore une hypertonie oddienne n'ayant pas justifié un acte opératoire sur le sphincter.

C'est au cours de ces contrôles que l'on peut être amené à observer un moignon cystique bien toléré, asymptomatique.

2) LES FORMES SYMPTOMATIQUES

Dans ces formes symptomatiques deux cas peuvent se présenter:

- ou bien les symptômes rappellent ceux de la lithiase, ce sont en particulier la réapparition de douleurs de l'hypochondre droit.

- ou bien les symptômes ne rappellent pas ceux de la lithiase, c'est le cas des formes associées (pancréatite, oddite, névropathie)

GARLOCK et HURWITT en 1951 décrivent le concept du "Syndrome du moignon du canal cystique" : ce sont des crises répétées de coliques biliaires, de nausées, de vomissements, de sensation d'oppression, d'ictère, de fièvre, tout ceci indiquant un calcul dans le canal commun ou une cholangite.

BODVALL en 1964 fait part de 1930 patients traités par cholecystectomie pour lithiase; 39,6% de ces sujets ont eu des atteintes biliaires post opératoires dont la répartition est la suivante :

- dyspepsie = 10,7%
- douleur légère = 23,5%
- douleurs importantes intermittentes = 3%
- atteinte biliaire post opératoire grave = 2,4%
dont 0,7% = symptômes d'une cholangite récurrente (frissons - fièvre récurrente)
- dont 1,7% = douleurs sourdes dans la région hépatique intercalées avec de fortes crises de colique biliaire mais sans signes cliniques de cholangite.

LARMI et FOCK ont étudié 2032 malades ayant subi une intervention sur les voies biliaires entre le 1^o Janvier 1951 et le 15 Novembre 1957 dans leur service. Il y a eu 35 réinterventions et un moignon cystique a été retrouvé dans 11 cas (soit 31%). Ils rapportent en plus 2 autres cas de moignon cystique extérieurs au service. Les 13 observations étaient représentées par des femmes entre 19 et 43 ans. La 1^o intervention avait eu lieu pour lithiase dans 11 cas et pour cholecystite dans 2 cas.

.../...

En ce qui concerne la symptomatologie post opératoire pour tous les sujets, la douleur représentait le signe le plus important. Cependant pour 9 d'entre eux il s'agissait de colique irradiant dans le dos et la région scapulaire droite. Pour 1 autre c'était une douleur épigastrique irradiant vers le rebord costal gauche.

Du point de vue de l'intensité = dans 2 observations la douleur était supérieure à ce qu'elle était avant l'intervention.

x dans 3 cas elle était moindre
x dans les autres cas elle
était identique.

Tous les malades disaient par ailleurs qu'il s'agissait d'une douleur de même nature.

Les auteurs signalent que d'après la littérature les douleurs à type de colique représentent 82%, dans les autres cas il s'agit de douleurs abdominales supérieures diffuses.

L'intervalle libre entre la 1^o intervention et la récurrence des symptômes est lui aussi variable. En général la douleur ne réapparaît pas immédiatement (sauf chez 4 malades signalés par les auteurs précités). Dans les autres cas il était noté un intervalle de 1 mois à 5 ans et la littérature donne des chiffres de 1,6 à 55 ans.-

MORTON en 1954 cite un cas de douleurs apparaissant 26 ans après et GLEEN et JOHNSON un autre où la symptomatologie a récidivé 29 ans avant la réintervention.

LARMI et FOCK signalent l'existence de causes favorisantes à la réapparition des douleurs = dans tous

les cas, les coliques apparaissent après les aliments gras et les fruits; pour certains c'était l'ingestion d'oeuf, de pommes ou d'épices qui favorisait la récurrence.

Enfin ces mêmes auteurs signalent 5 cas où la douleur était aggravée par les efforts et 3 autres par l'antéflexion. Par ailleurs la douleur se trouvait associée à d'autres symptômes dans certaines observations.

- à une constipation chez 5 malades.
- à une diminution de l'appétit chez tous.
- à une perte de poids (d'ailleurs GARLOCK et HURWITT signalent que cette baisse pondérale existe dans la plupart des cas).

En ce qui concerne nos 13 observations personnelles, la récurrence de la symptomatologie chez ceux où l'on a trouvé un cystique restant isolé s'est produite dans 4 cas dont 1 sur terrain névropathique.

Pour les autres cas, le cystique restant était associé à une addite ou un calcul du cholédoque ou les deux associés.

Dans 1 cas était associé une pancréatite. Enfin nous avons trouvé une observation de névrome. Chez 12 patients sur 13 la douleur n'a pas récidivé avant 6 mois. Le seul cas où elle a persisté en post-opératoire était un sujet névropathique.

E V O L U T I O N

C O M P L I C A T I O N S

- :::-

Sur le plan évolutif la pathologie du moignon cystique peut comme sur le plan clinique soit rester muette soit évoluer vers l'apparition de complications.

La première complication est en relation avec avec la lithiase du cystique.

Dans ce cas toutes les complications qu'on peut observer au cours d'une cholecystite lithiasique peuvent se retrouver au niveau d'un cystique restant lithiasique. C'est ainsi que pourront apparaître des atteintes biliaires graves avec ou non cholangite récurrente (BODVALL 1964)

Dans notre série, les cas N° 8 et 13 ont montré la récurrence des douleurs avec un moignon cystique contenant des calculs (néoformés ou laissés en place ?)

LARMI et FOCK signalent dans leur série un ictère passager chez 6 de leurs malades dont 3 avec urines foncées et prurit. Ces auteurs déclarent que d'après la littérature l'ictère se retrouve dans 45% des cas de cystique restant. Pour leurs 6 patients, les auteurs ont porté le diagnostic de cholangite (présence de fièvre).

GARLOCK et HURWITT dans une série de 30 malades ont retrouvé l'ictère dans 22 cas dont 14 étaient fébriles.

L'ictère semble donc être, après la douleur, le symptôme le plus important du moignon cystique.

La deuxième complication possible est celle du calcul migrant dans le cholédoque

Elle pose un problème de diagnostic différentiel. En effet s'agit-il d'un calcul néoformé ou laissé en place dans le cystique restant et ayant **migré** secondairement dans le cholédoque, ou bien s'agit-il d'un calcul du cholédoque laissé en place ou néoformé ?

Quelle que soit son origine, ce calcul du cholédoque pourra donner toute la pathologie que donne la migration et l'enclavement d'une lithiase, à savoir douleur et ictère.

C'est ainsi que GRAY et SHARPE (1944) signalent que dans 11 cas sur 44 il existait une cholédocolithiase en plus du cystique restant. Il en est de même pour 14 des 35 observations de GLENN et JOHNSON.

LARMI & FOCK ont noté que, dans la littérature la présence de calculs cholédociens était associée à un moignon cystique dans 1/5 à 1/3 des cas.

Dans notre série, nous avons retrouvé une lithiase cholédocienne chez 2 sujets (N°1 et 2)

Enfin il faut signaler une troisième complication dont GLENN et JOHNSON citent une observation, c'est la perforation du cystique restant provoquant une péritonite mortelle sans entraîner de modifications inflammatoires.

D I A G N O S T I C P O S I T I F

--- : --- : --- : : : : : : : : : : ---

Le diagnostic positif de pathologie due au moignon cystique se fera en deux étapes essentiellement, une étape clinique peu importante ou tout au moins ne suffisant pas à elle seule pour affirmer le diagnostic et une étape radiologique qui est, elle, essentielle et nécessaire.

I) ETAPE CLINIQUE

a) Interrogatoire

Celui-ci devra faire préciser au malade le genre de douleurs dont il se plaint = ont elles le même caractère qu'avant la cholecystectomie ? Sont elle plus importantes en intensité ou au contraire plus atténuées ? Ont elles le même siège, la même irradiation ? Existe-t-il des signes associés = vomissements, nausées, anorexie, constipation, perte pondérale ?

L'interrogatoire devra faire préciser de plus quel a été l'intervalle libre entre la 1^o intervention et la réapparition des symptômes.

b) L'examen clinique

Outre l'examen clinique général somatique le médecin se rendra compte de l'état psychique de son malade et du retentissement psychologique de la douleur (cas N° 5 et 10)

L'examen clinique sera ensuite plus orienté sur la palpation abdominale à la recherche d'une événtration post opératoire (cas N° 5 dans notre série), d'une douleur au point de MURPHY.

.../...

On devra également apprécier l'état du parenchyme hépatique.

Mais au terme de l'étape clinique on pourra à peine évoquer le diagnostic de cystique restant car rappelons le celui-ci est une cause relativement rare des manifestations post-cholecystectomie (tout au moins lorsque le moignon cystique est isolé)

Il sera donc nécessaire de pratiquer chez un cholecystectomisé qui souffre de la sphère biliaire un bilan radiologique et en particulier une biligraphie intraveineuse.

2) ETAPE RADIOLOGIQUE

=====

a) Radiographie sans preparation

Premier temps de la biligraphie, celle-ci aura pour but de rechercher un calcul cholédocien calcifié résiduel ou une pneumatisation de l'hépatocolédoque s'il y a sphinctérotomie ou anastomose biliodigestive.

b) Radiographie gastroduodénale

Elle permettra de visualiser une éventuelle lésion gastrique ou duodénale pouvant, pouvant à elle seule expliquer les douleurs que ressent le malade ou tout au moins objectiver une lésion associée au cystique restant.

Elle permettra également de noter l'existence éventuelle d'un élargissement du cadre duodénal orientant vers une lésion pancréatique.

Il faut également signaler que grâce au transit gastro duodénal BERNARD a pu mettre en évidence un cystique restant chez des malades ayant subi une cholédocoduodénostomie, la bouillie barytée refluant à travers l'anastomose et opacifiant les voies biliaires. Ce transit peut de la même façon mettre en évidence une fistule bilio digestive (HICKEN- WHITE - GLENN et JOHNSON).

c) La cholécystographie orale

Elle peut dans certains cas permettre l'opacification d'un cystique restant.

Ceci nous est arrivé pour l'observation N°8 que nous rapportons : dans ce cas la cholecystographie orale est parvenue à visualiser le cystique et l'infundibulum avec présence de 2 calculs.

LARMI et FOCK ont effectué cette radiographie chez 4 de leurs malades et chez aucun d'entre eux les canaux biliaires n'ont pu être mis en évidence, MORTON n'a pas pu non plus visualiser le cystique restant par cette méthode.

Par contre GLENN et JOHNSON dans leur série de 13 cas ont pu visualiser de cette façon le moignon cystique chez 3 de leurs malades et les restes de vésicule biliaire chez 3 autres sujets.

d) La Biligraphie intra veineuse

Celle-ci constitue l'examen radiologique essentiel dont on ne peut se passer pour affirmer le diagnostic de moignon cystique restant.

Cet examen aura essentiellement deux buts :

- montrer le cystique restant éventuel en précisant sa longueur et son implantation, faire apparaître une partie de l'infundibulum vésiculaire et visualiser des calculs.

- rechercher une lésion associée (calcul flottant du cholédoque ou intra hépatique, oddite, modification en rapport avec une pancréatite).

Parfois il arrive que la biligraphie intra-veineuse, même complétée par des tomographies, se révèle insuffisante. On peut alors utiliser l'épreuve à la morphine (cf. DEBRAY - JOURDE - LECANUET). On injecte 1/2 cg IV ou 1 cg SC de morphine, 30 à 40 minutes après injection du produit opacifiant. La morphine bloque le sphincter d'oddi et permet ainsi d'opacifier de façon momentané la voie biliaire principale, les voies biliaires intra hépatiques et le moignon cystique restant.

La biligraphie intra-veineuse permet donc de renseigner sur plusieurs points :

- * visualiser l'existence du moignon cystique en précisant sa longueur et parfois l'existence de moignon de cholecystectomie incomplète avec ou non présence de calculs.

- * étudier l'état de la voie biliaire principale : recherche de calcul, étude du calibre de la voie biliaire principale et des canaux intra-hépatiques en comparant avec les clichés avant et en cours de première intervention, visualisation parfois ^{du} cholédoque rétro-pancréatique étroit et au contraire dilaté en amont, évoquant une pancréatite.

- * diagnostiquer une oddite chronique par l'existence d'une dilatation de la voie biliaire principale, d'une distension des canaux biliaires intra-

hépatiques et du moignon cystique, d'un mauvais passage oddien formant un défilé filiforme et irrégulier, d'un aspect pseudolithiasique du bas cholédoque concave vers le bas, d'une opacification prolongée au delà de la normale de la voie biliaire commune et enfin du manque d'évacuation du cholédoque après ingestion d'un repas gras.

On voit ainsi l'intérêt primordial et indispensable de la biligraphie intra-veineuse.

c) La laparoscopie

Nous ne ferons que la citer pour dire son danger étant donné les cicatrices opératoires et les adhérences, et son inutilité car il sera impossible de voir correctement le pédicule hépatique

Elle est donc à proscrire.

Le diagnostic positif de cystique restant s'il peut donc être à peine évoqué cliniquement, ne pourra en fait être affirmé qu'après un bilan radiologique minutieux et techniquement parfait basé essentiellement sur la biligraphie intra-veineuse.

On sait et nous l'avons dit à plusieurs reprises, que le moignon cystique restant après cholecystectomie est assez rare d'une part et d'autre part qu'il se trouve souvent associé à d'autres lésions de la sphère biliaire ou digestive.

Il faudra donc, avant d'incriminer le cystique restant comme responsable de la symptomatologie, écarter les autres diagnostics possibles et savoir qu'en cas de formes associées le cystique restant n'est peut être pas à l'origine des symptômes par le seul fait de sa présence.

Sur le plan clinique tout d'abord, il faudra éliminer plusieurs diagnostics.

Il ce que l'on appelle syndrome post cholecystectomie est en réalité un ensemble de manifestations sans unités entre elles et d'origine très diverses.

a) Il peut s'agir de troubles liés à une faute opératoire : telle une ligature du cholédoque ou une plaie de la voie principale biliaire ou un oubli calculieux.

Le calcul oublié peut ne se manifester qu'après un intervalle libre assez long. Il pourra avoir été oublié si la radiomanométrie per-opératoire n'a pas été faite ou incorrectement interprétée.

b) Il peut s'agir de l'évolution de l'affection biliaire après une intervention correcte.

* C'est le cas d'une oddite chronique qui pour DEBRAY et COLL, est une cause essentielle des manifestations post cholecystectomie.

.../...

L'oddite reconnue à la 1^{re} intervention mais jugée insuffisante pour justifier un acte particulier pourra évoluer défavorablement et ne se manifester que dans les mois suivants la cholecystectomie.

* C'est également le cas de la récurrence véritable des calculs. Ceci existe effectivement mais pour DEBRAY - ROUX et PAOLAGGI il faut qu'il y ait obstacle en aval pour permettre aux calculs de se reformer. L'obstacle peut être une oddite chronique, une pancréatite sténosant le cholédoque.

* C'est enfin le cas de la pancréatite liée à la lithiase, disparaissant en général après cholecystectomie, mais pouvant parfois évoluer pour son propre compte et donner des manifestations pseudo-biliaires.

2) Il faudra éliminer également l'évolution de troubles associés à la lithiase et non influencés par la cholecystectomie.

C'est le cas de : - la pancréatite chronique
- des troubles colitiques
- d'une hernie hiatale
- d'un ulcus gastro-duodénal
- de sujets névropathiques

3) Enfin il peut s'agir d'une affection citée au paragraphe précédent se constituant après la cholecystectomie.

Sur le plan radiologique un piège grossier qui sera évité grâce à l'habitude, consiste à prendre pour un infundibulum vésiculaire restant l'image d'un bulbe duodénal opacifié par duodénographie iodée et superposé aux voies biliaires.

Le diagnostic différentiel radiologique se fera en multipliant les incidences, en faisant des clichés en compression et en rotation.

.../...

On sera donc amené toujours soit en première intention si la symptomatologie oriente vers l'appareil biliaire soit en deuxième intention dans le cas contraire à faire une biligraphie intra-veineuse qui montrera l'existence ou l'absence du cystique restant.

Dans le cas où le cystique restant sera associé à une autre lésion il faudra être prudent avant d'attribuer la responsabilité des troubles au moignon cystique.

Enfin il faudra toujours ne penser au cystique restant qu'en dernier étant donné son peu de fréquence comparé à l'importance des autres lésions possibles à ce niveau.

— 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 —

I N D I C A T I O N S O P E R A T O R E S

- : - : - : - : - : - : -

Lorsqu'après un bilan digestif complet et minutieux, le diagnostic de moignon cystique restant aura été posé, il faudra envisager les indications à la réintervention.

Ces indications seront variables selon que le cystique restant est seul ou associé à une autre lésion et selon que ce moignon cystique semble sain ou pathologique.

Le rôle pathologique du moignon cystique reste très discuté. Selon les données de la littérature d'une part et notre expérience personnelle d'autre part nous pensons pouvoir proposer l'attitude suivante :

1- l'association d'un cystique restant et d'une lésion de la voie biliaire ou du pancréas constitue une indication à la réintervention.

Celle-ci aura pour but la cure de la lésion associée et la résection du moignon cystique.

Mais il faudra savoir que la responsabilité du cystique dans la symptomatologie restera douteuse s'il ne présente pas d'anomalie par lui-même. Nos cas N° 1-2-4-6-11 correspondent à cette conduite thérapeutique.

2- lorsque le cystique restant se révèle lithiasique ou dilaté la réintervention est également indiquée même en l'absence de lésion associée de la voie biliaire principale ou du pancréas. Ceci a été le cas pour nos observations N° 8 et 13.

3- Si le cystique restant est de calibre normal, sans calcul, sans lésion associée, deux attitudes différentes peuvent être envisagées selon la symptomatologie du malade :

a) s'il existe une récurrence des douleurs de type biliaire, la réintervention est justifiée. Mais il

ne faut pas s'engager formellement vis à vis du malade quant au résultat positif de l'intervention.

Dans notre série ceci correspond aux cas N° 9 et 12.

b) s'il existe une symptomatologie extra-biliaire (état dyspeptique, troubles colitiques, sujet névropathe) a priori la réintervention n'est pas indiquée (N° 3 et 10)

4- quant au problème du névrome il ne peut pas se régler préalablement à la réintervention. L'expérience montre en outre que certains névromes n'ont pas une valeur pathologique certaine.

Notre cas N° 7 reflète cette conclusion : le malade (névropathe) ayant eu des crises identiques à celles existant avant l'intervention même après résection du moignon cystique névromateux.

Nous classerons à part notre sujet N° 5. Rappelons qu'il existait uniquement un cystique restant sain et une éventration post-opératoire. La malade se plaignait 1 an après l'intervention de douleurs épigastriques de type ballonnement et de tiraillement sans

L'indication opératoire ayant été portée sur l'existence de l'éventration, la cure chirurgicale de celle ci et du cystique restant n'a pas entraîné d'amélioration de la symptomatologie.

Il consiste à une dissection et une résection du moignon cystique. Celle-ci peut être délicate du fait d'adhérences abdominales d'une part et du pédicule hépatique d'autre part.

Cette intervention ne devra pas se limiter à la seule suppression du canal cystique. Elle devra être complétée par une révision soigneuse, manuelle, instrumentale, radiologique de l'arbre biliaire, un examen du pancréas et de la cavité abdominale à la recherche d'une cause associée décelable à l'exploration opératoire.

C O N C L U S I O N

— 2 — 2 — 2 — 2 — 2 — 2 — 2 — 2 —

1) L'existence d'un moignon cystique après cholecystectomie est d'une fréquence relativement rare. Elle est cependant loin d'être exceptionnelle et nous rapportons personnellement une série de 13 cas.

2) Le moignon cystique ne relève pas d'un phénomène de régénération. Le terme de cystique restant qui lui est également appliqué est judicieux. Il est la conséquence directe de l'acte opératoire primitif qu'il y ait eu négligence chirurgicale ou qu'il y ait eu prudence opératoire en égard aux difficultés de la cholecystectomie.

3) Le moignon cystique constitue l'une des étiologies de ce que l'on appelle le syndrome post cholecystectomie, syndrome qui regroupe un ensemble de manifestations disparates.

4) Le diagnostic du cystique restant repose sur l'examen radiologique des voies biliaires par biligraphie veineuse utilisant éventuellement les méthodes de perfusions et de tomographies. Il arrive, plus rarement toutefois, que la méthode d'opacification orale opacifie le cystique restant. Cette méthode, a priori pas logique chez un cholecystectomisé, n'est utilisée qu'en seconde intention.

5) Le moignon cystique n'a pas de symptomatologie clinique évocatrice et rien ne permet d'en soupçonner l'existence avant qu'il ne soit effectué l'examen radiologique à moins que l'on ait en main le protocole opératoire antérieur notamment les difficultés de l'acte opératoire.

6) L'action pathologique propre du moignon cystique est discutée et discutable. Elle nous paraît devoir être retenue dans les cas de lithiasc intra-cystique, fistule, et l'exceptionnelle greffe néoplasique. Le névrome d'amputation est loin d'être constant; son rôle pathogène n'est pas certain. On peut dire que dans de nombreux cas la preuve du rôle que jouait le cystique restant ne sera apportée qu'à posteriori après intervention.

7) Le moignon cystique se trouve vraisemblablement par coïncidence, associé à d'autres lésions (calcul cholédocien - oddite sténosante - pancréatite) qui sont les véritables responsables des séquelles de la cholecystectomie.

8) Les indications opératoires découlent des considérations précédentes. La réintervention est indiquée dans le cas de moignon lithiasique ou de moignon associé à une lésion justifiant à elle seule la réintervention (oddite, lithiasc choledocienne persistante ou récidivante).

Dans les autres cas, l'indication à la réintervention doit être soigneusement pesée. L'existence de migraines, troubles dyspeptiques ne constituent pas une indication. Par contre la réciclive de douleurs biliaires sans autres explications valables survenant chez des sujets qui ne présentent pas par ailleurs "un mauvais risque" chirurgical justifie un nouvel acte opératoire.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - MALLET Guy.P., MURAI J et CHRZANOWSKA M. (Mme)
le facteur cystique dans le syndrome postcholecystectomie.

MEM. ACAD. CHIR., 27 Nov. 4 Dec. 1968, 94, N°27-28, 829-833.
- 2 - CHAMPEAU M, ARSAC M. et ALVAREZ R. - de l'innocuité de la longueur du cystique après cholecystectomie - Rein et foie, 1968, 11, 43-52 (Bibliogr.)
- 3 - MALTERRE-MEGE Y. le moignon cystique, sequelles de cholecystectomie- thèse Lyon 1962, 71 pages, analysée à Lyon méd., 10 juin 1962. N° 23. 1539
- 4 - LARMI T.K.I et FOCK G.- Le moignon de canal cystique cause de douleur biliaire, consécutive à une cholecystectomie incomplète.- Acta chir. scand., 15 Av. 1958, 114 Nov, 361-378, 9 Fig. (Bibliogr.)
- 5 - BODVALL B. et OVERGAARD B. - Reste du canal cystique après cholecystectomie. Etude de la fréquence par cholégraphie dans 500 cas et valeur de 103 réinterventions. Ann. Surg., Mars 1966, 163, N° 3, 382-390, 5 tabl. (Bibliogr.)
- 6 - LONGO O.- Physiopathologie du moignon cystique résiduel.- Prensa méd. argent., 15 Sept. 1967, 54, N° 29 1509-1514.

- 7 - FRAILONG J. BARBIER J., PAYARD J., BREUIL J. et LORBLANCHES J. - Un cas de cancer du moignon cystique restant.- Bordeaux méd., Nov 1970, 3, N° 11, 2748.
- 8 - TELLES F.C. - Conduite à tenir vis à vis du moignon cystique.- Presse méd., 31 oct. 1970, 78, N° 46, 2028.
- 9 - BERGE T. et HAEGER K.- Signification clinique du névrome d'amputation et de la longueur du reliquat du canal cystique. Acta chir. scand., 1967, 133, N° 1, 55-60, 8 fig. (Bibliogr)
- 10 - HACHE H.- Régénérèscence de la vésicule biliaire ou dilatation du moignon du cystique ? - Zbl. chir., 18 Nov. 1961, 86, N° 46, 2397 - 2401, 5 fig (Bibliogr)
- 11 - FIEDLER H.H. - Reste de vésicule biliaire et moignon de cystique, cause de troubles récidivants après cholecystectomie. - chirurg, Juin 1971, 42, N° 6 283 - 285 (Bibliogr).
- 12 - DEBRAY C., ROUX M. et PAOLAGGI J.A. - Sequelles de la cholecystectomie.- Rev. Praticien, 1° Mars 1964 14, N° 7, 755-770 (Bibliogr)
- 13 - CHATELIN C.L.- Névrome du cystique après cholecystectomie. Presse méd., 23 Oct. 1965, 73, N° 44, 51

S E R M E N T

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.-

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la Médecine ou recourir à mes soins je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.-

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je la viole et que je me parjure, puisse-je avoir un sort contraire.

TABLE DES MATIERES

=====

INTRODUCTION - DEFINITION.....	8
HISTORIQUE.....	14
FREQUENCE STATISTIQUE.....	17
OBSERVATIONS.....	20
ETIOLOGIE.....	32
ANATOMIE PATHOLOGIQUE.....	36
CLINIQUE.....	44
EVOLUTION - COMPLICATIONS.....	49
DIAGNOSTIC POSITIF.....	52
DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL.....	58
INDICATIONS OPERATOIRES.....	62
TRAITEMENT CHIRURGICAL.....	65
CONCLUSION.....	67
SERMENT.....	72

Vu et permis d'imprimer

Toulouse le 14 Mai 1974

Le Président de l'Université Paul SABATIER

L . LARENG

